ABCÈS DU NEZ ET DES FOSSES NASALES

N° 23
3.

LES ABCÈS DU NEZ

ET DES

FOSSES NASALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 25 janvier 1907

PAR

FRANÇOIS AUTIÉ
Né à Béziers, le 9 mars 1881
Ex-externe des hôpitaux de Montpellier
Lauréat de la Faculté { Médaille d'argent 1re année (1899-1900)
Médaille d'argent 2me année (1900 1901)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (✻).
Chimie médicale.....		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards		RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....		SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....		N...
Clinique gynécologique.....		DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements		PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..		JEANBREAU, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. HÉDON, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE A MON PÈRE

Témoignage de vive affection et de
profonde reconnaissance.

A MA SOEUR

A MA FIANCÉE

A MES ONCLES
LES DOCTEURS MÉNARD ET ARNAUD

F. AUTIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HÉDON

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES AMIS

F. AUTIÉ.

AVANT-PROPOS

En fait d'abcès des fosses nasales, il n'est guère question dans les traités d'oto-rhino-laryngologie, même les plus récents, que des abcès de la cloison. Ces abcès ont été bien étudiés ; depuis le premier cas signalé vers 1830, on a publié de nombreuses observations. Une analyse minutieuse des plus récentes n'apporte que des détails insignifiants à leur histoire clinique.

Mais en dehors de ces abcès, on trouve d'autres suppurations circonscrites de sièges divers. Tous les points des parois des fosses nasales peuvent en être le siège. On les rencontre de préférence en certains d'entre eux : plancher (partie antérieure), cornet et méat inférieurs, massif ethmoïdal antérieur (siège parfois d'empyème limité, affectant une allure clinique différente des sinusites).

C'est à l'occasion de deux malades examinés à ses consultations, que M. le professeur Hédon nous a donné l'idée de ce travail : « Faire bien ressortir l'existence de diverses variétés d'abcès, autres que l'hématome suppuré de la cloison, les rechercher et essayer de les grouper. »

A ce titre, je remercie bien sincèrement M. le professeur Hédon. Je le fais également pour l'accueil que j'ai reçu de

lui à ses consultations et pour l'empressement qu'il a mis à m'initier à l'examen des malades en oto-laryngologie.

M. le docteur Toubert m'a très obligeamment communiqué quelques détails originaux sur mon sujet ; je l'en remercie vivement.

Je me fais un devoir d'adresser à tous les Maîtres de cette Faculté un témoignage de respect et de reconnaissance pour le bon enseignement clinique qu'ils m'ont donné et les marques de sympathie que certains d'entre eux m'ont témoignées.

Je remercie tout particulièrement M. le professeur Carrieu. C'est surtout auprès de lui que nous avons fait notre éducation médicale.

Je n'oublie pas MM. les professeurs agrégés Vedel, Ardin-Delteil, Soubeyran ; les docteurs Rouvière, Pagès et Martin, maîtres de conférences.

Aux docteurs Mme et M. Gaussel, je rappellerai, pour leur en témoigner toute ma reconnaissance, les bons conseils, qu'en de multiples circonstances, ils ont bien voulu me donner.

A mon camarade Henri Roger, interne des hôpitaux, l'ami d'enfance, le compagnon d'études et de travail, j'adresse l'expression de mon inaltérable amitié.

HISTORIQUE

Les suppurations des fosses nasales sont connues depuis longtemps. De celles qui nous intéressent (les suppurations collectées), l'abcès de la cloison est la première signalée. De Montezia, de Milan, en aurait signalé le premier cas. Cloquet, en 1830, Flemming en 1833 en rapportent d'autre cas.

Maisonneuve discute ceux qu'il observe. Velpeau faisant une étude d'ensemble en réunit 20 cas en 1860.

Comme travaux, ayant trait à cette question, nous citerons : un mémoire de Cassabianca, en 1872 ; un rapport de Gougenheim au Congrès de Berlin, 1890 ; plusieurs publications : Garel-Collet en France ; Schreuder en Allemagne, et deux thèses l'une de Bordeaux, 1894, par Waleski ; l'autre de Nancy, 1897, par Vaptzaroff.

Des observations nombreuses sont journellement publiées dans les Revues d'oto-laryngologie.

Les autres variétés n'ont pas fait l'objet de revue spéciale. On en trouve des cas épars dans la littérature médicale.

PLAN DU SUJET

Nous étudierons rapidement les diverses variétés d'abcès du nez et des fosses nasales en les classant d'après la région où on les observe :

1° Nez ;
2° Cloison ;
3° Plancher ;
4° Paroi interne.

N'ayant en vue que les abcès, il est évident que nous laisserons de côté :

a) Les suppurations diffuses (ostéites, rhinites suppurées, etc...), et *b*) les suppurations n'appartenant pas en propre aux fosses nasales, les sinusites qui se produisent dans des cavités annexes.

Si quelques cas paraissent à première vue ne pas rentrer dans ce sujet, nous donnerons, en les étudiant, les raisons qui nous ont guidé pour les y comprendre.

Nous essaierons, ensuite dans un court chapitre synthétique, de faire l'étude des abcès des fosses nasales en général.

CHAPITRE I

ABCÈS DU NEZ

Un premier groupe est constitué par les abcès qu'on observe dans le nez. Ce sont les moins importants pour le praticien, mais pas les moins dangereux pour le malade (en raison des rapports de la veine faciale avec cette région).

Anatomie de la région. — Le nez, vestibule des fosses nasales et des voies respiratoires, est constitué de la façon suivante :

Un squelette osseux : os propres unis à la branche montante du maxillaire supérieur.

Un squelette cartilagineux : cartilages latéraux et triangulaires, cartilages des narines, cartilage de la sous-cloison terminant en avant la cloison proprement dite.

Un revêtement musculo-cutané intérieur (nous le laissons de côté).

Un revêtement muco-cutané intérieur ; c'est une zone de

transition entre la peau et la pituitaire) ; comme la peau, il présente des glandes pilo-sébacées ; comme la membrane de Schneider, il présente quelques glandes muqueuses.

Quant aux vaisseaux, nous ne retiendrons que ce fait qu'il y a communication des veines du nez avec la veine faciale.

Abcès de cette région. — *Furoncle de l'aile* : Nous ne le décrirons pas, il intéresse le médecin comme le spécialiste ; disons seulement qu'il gagne parfois très profondément et présente une certaine gravité.

Abcès des os propres : Périostites, ostéites diverses à évolution parfois intra-nasale.

Abcès de l'aile : Abcès banal, traumatique ou par lymphangite propagée (érysipèle), par fracture des cartilages latéraux.

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hédon)

Abcès de l'aile

Marie P..., 53 ans, le 21 juin est atteinte d'inflammation du nez : rougeur du côté droit, puis du côté gauche. Le bout du nez est érysipélateux, luisant. En cinq à six jours, l'inflammation cesse, mais il persiste dans la fosse nasale gauche une tumeur.

La respiration est peu gênée.

La tumeur siège à l'entrée de la fosse nasale gauche, elle

est arrondie, de la grosseur d'une noisette, implantée sur la paroi interne de l'aile du nez et du lobule. La tumeur est fluctuante. La peau qui la recouvre est d'aspect normal (non vascularisée).

19 juillet. Séance tenante, on incise la tumeur et on trouve du tissu mortifié dans une poche. C'était un abcès par suppuration d'un kyste sébacé. Curetage de la poche.

Le 27 juillet, il reste une masse de tissu fibreux que l'on incise de nouveau. Il sort encore du pus. Drainage. Guérison.

Ces abcès présentent comme trait particulier l'hypertrophie rapide, quelquefois volumineuse, qu'ils font subir au nez. Ils peuvent même laisser une cicatrice vicieuse. Pour éviter qu'elle soit visible, il faudra ouvrir ces abcès par l'intérieur de la narine.

Abcès enkysté du lobule. — C'est la seule variété intéressante ; ils sont assez bien caractérisés.

Tétrop, d'Anvers, en a observé un certain nombre de cas. Ce sont des abcès petits, donnant au lobule l'aspect d'une grosse cerise. Le nez est rouge, luisant. L'abcès se fait en six ou huit jours et détermine un peu de fièvre. L'agent d'infection est le staphylocoque ; il pénètre par grattage du vestibule, arrachement d'un poil ; on le trouve dans le pus.

C'est principalement chez les enfants qu'on les a observés.

Toutes ces variétés, des plus légers au plus sérieux, ont ce point de commun, c'est que tous ont pu donner lieu à une complication mortelle, la trombo-phlébite de la faciale se propageant aux sinus caverneux.

CHAPITRE II

ABCÈS DE LA CLOISON

Anatomie de la région. — La cloison des fosses nasales est constituée par une lame squelettique médiane, tapissée sur ses deux faces par la muqueuse pituitaire. Cette cloison est généralement médiane et plane, parfois déjetée à droite ou à gauche et, convexe ou concave, suivant la face qu'on considère.

Ce squelette est à la fois osseux et cartilagineux : la portion osseuse est située à sa partie postérieure, formée en haut par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, en bas par le vomer. Ces deux os laissent entre eux un angle aigu qui est occupé par la partie cartilagineuse, le cartilage de la cloison. Ce cartilage s'appuie en avant, à sa partie supérieure, sur les os la propres du nez; à sa partie moyenne, sur les cartilages latéraux, tandis que sa portion inférieure est libre et se loge dans la sous-cloison.

Ce squelette est revêtu sur ses deux faces par la muqueuse

pituitaire qui s'étale régulièrement à sa surface sur les diverses pièces osseuses ou cartilagineuses.

A) Abcès aigu

Étiologie. — L'abcès de la cloison est le plus fréquent de tous les abcès des fosses nasales, mais dans la statistique des maladies du nez, c'est une affection relativement rare.

On l'observe surtout dans l'enfance et l'adolescence, âges où les traumatismes de la face se produisent le plus souvent.

D'après un certain nombre de cas publiés, environ 80, l'abcès reconnaît les causes suivantes :

1° *Abcès traumatique. Hématome suppuré.*

Traumatisme léger : érosion, égratignure (par les doigts chez les enfants et les personnes à tics nerveux) ;

Traumatisme proprement dit : chute, choc, coup (sur le nez portant directement sur le dos) ;

Traumatisme opératoire : opérations diverses dans le nez (résections des éperons, injections de paraffine).

Le traumatisme agit de la façon suivante :

a). Le plus souvent il y a fracture du cartilage, quelquefois fracture du vomer ou de l'éthmoïde. Les vaisseaux de la muqueuse sont déchirés, un épanchement sanguin se fait entre le cartilage et la membrane. Il y a ainsi formation d'un hématome qui s'infecte et se transforme en abcès.

Fuchsig appelle cette variété : abcès hématique.

b) Parfois il y a simple contusion, sans épanchement. L'infection se fait à travers une éraillure de la muqueuse. C'est l'abcès rhinogène de Fuchsig.

2° *Abcès dans les maladies infectieuses générales.*

C'est principalement à la période de convalescence qu'on les observe : dans la grippe, la variole, la typhoïde, la scarlatine, l'érysipèle, la morve.

Ces maladies agissent en déterminant une hémorragie sous-muqueuse ou une infection locale (périchondrite infectieuse).

3° *Abcès dit idiopathique.*

De cause incertaine, le plus souvent scrofuleux.

Symptomatologie. — C'est quelque temps après un traumatisme, au décours d'une fièvre, parfois insidieusement, sans cause apparente, que l'abcès se manifeste. Il s'écoule toujours une certaine période, quelques fois très longue, entre le moment de son apparition et le traumatisme initial. Car, si l'hématome se forme immédiatement, il peut ne s'infecter que très tardivement.

L'obstruction nasale, la gène respiratoire, plus ou moins grandes, sont les premiers signes ressentis par le malade. C'est pour elle qu'il vient consulter le médecin.

Secondairement, l'affection se manifeste à l'intérieur, la peau du nez rougit, se tend ; le gonflement se propage aux joues, à l'angle interne de l'œil. Quelquefois, il s'écoule du pus par la narine.

A l'examen local on aperçoit un gonflement, une tumeur, tumeur intra-nasale, gris rosé, à volume variable, tantôt polypiforme, tantôt étalée.

Elle siège à la partie antéro-inférieure du septum.

Le plus souvent elle est bilatérale. Le fait peut s'expliquer en admettant que le traumatisme déchire simultanément la muqueuse sur les deux faces de la cloison, ou par la perforation nécrotique de cette dernière au contact de la première poche purulente formée.

Au toucher elle est douloureuse, plus ou moins rénitente, la présence de pus se diagnostique facilement par la fluctuation perçue.

Dans certains cas le malade ressent des symtômes généraux : fièvre, céphalée, courbature.

Marche. — Au bout de quelque temps, l'abcès s'ouvre de lui-même si le chirurgien n'a déjà fait cette ouverture ; la guérison survient rapidement.

Anatomie pathologique. — L'abcès est constitué par une poche développée par clivage entre la muqueuse et le cartilage. Il n'occupe qu'une certaine étendue de la cloison, mais, dans quelques cas le pus décolle la muqueuse jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde et à l'orifice postérieur des fosses nasales.

Ses parois sont épaisses. Sur la paroi interne se trouve généralement une perforation (perforation de la cloison). Privée de son périchondre (couche fibreuse sous-jacente à la muqueuse décollée, sa membrane nourricière) la cloison se nécrose, se perfore sur l'étendue de un à deux centimètres carrés.

Le pus se présente sous deux aspects : tantôt il est séreux, tantôt purulent, d'où deux groupes d'abcès : *a*) séreux, séro-sanguin ; *b*) purulent ; c'est le type le plus fréquent, il est toujours très nauséabond.

L'analyse bactériologique y décèle l'existence des germes habituels des fosses nasales, saprophytes et pathogènes ou accidentels, microbes des maladies générales (typhique, coli, pfeiffer).

Pronostic. — Complications. — L'affection évolue d'ordinaire d'une façon simple, bénigne. Cependant elle laisse assez

souvent après elle l'une des deux complications locales suivantes :

a) Ou bien une *perforation* (nous l'avons signalée) ; si elle se répare naturellement et assez vite dans bon nombre de cas, dans d'autres elle gagne en étendue sans se cicatriser. Il peut même se faire une transformation de nature ; par sa tendance à la chronicité, son aspect atone tend à devenir un ulcère qui peut-être considéré comme une des formes de l'ulcère perforant de Hajeck.

b) La *déformation en coup de hache* (citée partout), c'est l'affaissement à angle aigu du dos du nez, en dessous des os propres.

Certains regardent cette complication comme constante (Gougenheim). D'après les observations que nous avons parcourues, elle manquerait dans un tiers des cas.

Son mécanisme est très discuté. Résulte-t-elle du choc initial ? d'une luxation traumatique du cartilage sur le vomer? ou peut-être aussi d'un effondrement du dos du nez après fonte de la cloison? Il est probable que ces diverses causes s'ajoutent pour produire la déformation.

Comme autres complications on a signalé : des exfoliations des os du nez, quelques cas de méningite et de trombophlébite.

Diagnostic. — L'abcès se reconnaît à première vue ; dans le doute, la ponction capillaire fait le diagnostic.

Cependant, il peut être confondu avec d'autres affections de la cloison. L'erreur peut être commise ; avec :

Un *hématome simple*, elle est sans importance ; l'ouverture de l'hématome, pris pour un abcès, prévient sa suppuration secondaire ;

Un *polype muqueux*, appuyant fortement contre la cloison ;

la recherche, souvent très difficile, du pédicule siégeant sur la paroi externe, fera le diagnostic ;

Un *abcès froid*, une gomme tuberculeuse, l'évolution chronique, la présence d'autres altérations nasales de même nature, démontreront la nature de l'abcès ;

Une *déviation de la cloison ;* si la muqueuse est tuméfiée, rougeâtre, suintante à sa surface, ce n'est qu'en explorant au stylet qu'on évitera la confusion ;

Enfin, une *hypertrophie localisée de la muqueuse* peut simuler, à s'y méprendre, un abcès ; la ponction lèvera les doutes (il n'y a pas de cavité renfermant du pus).

Traitement. — Il faut ouvrir, dès que l'abcès est reconnu (sans s'attarder à l'emploi des antiphlogistiques). On badigeonne sa surface à la cocaïne au dixième et incise au bistouri. On peut également se servir du thermocautère. On ouvre largement (des deux côtés de la cloison, s'il y a lieu) et lave la cavité à l'eau boriquée ou oxygénée. On panse à la gaze iodoformée (la mèche introduite assurant le drainage) ; pour ce drainage, Herck emploie un faisceau de crins traversant la cloison.

Le traitement doit avoir surtout pour but d'éviter la perforation et la déformation nasale. Pour prévenir la première, il faut d'abord intervenir de bonne heure et énergiquement; on réduit ainsi au minimum l'élimination du cartilage. Comme cette désorganisation du septum, parfois considérable, tient au décollement de la membrane nourricière du cartilage. il est utile de rapprocher, dès le début, les deux membranes de la cloison.

On évitera la seconde en soutenant le plus possible les parties molles.

Coastley, qui a bien précisé ces deux indications, conseille

pour les remplir l'usage de tampons spéciaux (tampons de Simpson). Appliqués après les premiers pansements, ils pressent contre les tissus malades de la cloison et maintiennent l'aile du nez dans sa position normale. Au bout d'une semaine, on les remplace par les tubes de Kyle. Ce sont des tubes jumeaux qui pénètrent de chaque côté dans les fosses nasales et achèvent de prévenir l'affaissement du nez. D'après son expérience, Coastley conseille de laisser les tubes pendant trois semaines, date à laquelle le tissu fibreux cicatriciel néoformé a une résistance égale à celle du cartilage normal.

Sans avoir recours à ces appareils spéciaux, l'emploi de simples tampons de ouate méthodiquement appliqués et bien moulés sur la cavité nasale, permettra d'obtenir des résultats aussi satisfaisants

Observation II

(Empruntée à Maisonneuve, 1858)

Type d'hématome traumatique suppuré

9 février : Lobeau Louis, âgé de 18 ans, fait une chute en descendant un escalier. Son nez porta violemment sur une marche ; il s'ensuivit une épistaxis qui fut vite arrêtée. A la suite de cet accident, le nez se gonfla considérablement; le malade souffrait pour se moucher et ramenait toujours un peu de sang.

Dix jours après l'accident, des élancements violents se

firent sentir dans le nez, surtout dans la narine droite ; elle ne tarda pas à se boucher ainsi que celle du côté opposé. En même temps, la tuméfaction du sang qui avait diminué reparaissait, mais cette fois à la partie supérieure seulement. L'obstruction des narines gênait beaucoup le malade pour respirer. Il entra à l'hôpital le 27 février.

Sur le dos du nez, à la réunion du cartilage de la cloison avec les os, la peau est rouge, tendue, luisante et recouvre une petite tumeur fluctuante. En la déprimant, on arrive sur les os qui paraissent aplatis d'avant en arrière. Les narines sont exactement remplies par une tumeur blanchâtre à surface inégale, descendant à 3 ou 4 centimètres de leur ouverture inférieure. L'aspect de ces tumeurs rappelle à s'y méprendre, celui des polypes muqueux. Mais en pressant alternativement chacune d'elles, la fluctuation se communique de l'une à l'autre. La pression de la tumeur extérieure n'augmente pas sensiblement le volume de celle des narines. En écartant les ailes du nez, on voit les deux tumeurs s'implanter sur la cloison dans toute sa largeur. Les élancements ont disparu et le malade ne se plaint plus que de la gêne respiratoire.

Le 28, Maisonneuve plonge un bistouri dans la narine droite ; un filet de pus sanguinolent s'en échappe et les tumeurs, tant intérieures qu'extérieures, se vident en partie. On prescrit des injections d'eau de guimauve. Quelques pansements suffisent pour obtenir la guérison.

Observation III

(De Vrobleski)

Abcès suite de coryza

S. F..., 6 ans, a souffert souvent de coryza qui est devenu plus fort depuis une semaine. Bouche ouverte, voix nasonnée. Au bout de quelques temps, une quantité assez considérable de pus mélangé de sang est sortie. Le médecin ordinaire me fait appeler et je constate la muqueuse du nez enflammée. Le nez, sensible à la pression, augmente de volume. La lumière des narines est oblitérée. Fièvre 39°.

Je pratique une longue incision à gauche, une moindre à droite, et dans la plaie je place une mèche de gaze iodoformée. Lavage. Pansements les jours suivants.

Quelques jours après, plus de fièvre, peau du nez presque normale. Changement du tampon de gaze. Après une semaine, guérison.

Il est resté une petite dépression qui n'est visible qu'en regardant le malade de profil.

Observation IV

(De Morel-Makenzie)

Abcès au décours d'une fièvre typhoïde

Charles H..., cultivateur, âgé de 21 ans, était depuis peu

dans mon service à l'hôpital de Londres, convalescent d'une fièvre typhoïde, lorsqu'un jour, à ma visite, il se plaignit de gêne respiratoire et d'une obstruction complète du nez.

A l'examen de cet organe, je trouve deux tumeurs jaune pâle qui oblitèrent complètement les fosses nasales. Le malade était convalescent de sa fièvre, depuis quelques semaines. La maladie avait eu son cours régulier et le malade n'avait antérieurement éprouvé aucun symptôme du côté des fosses nasales.

L'incision de l'une des tumeurs laissa écouler du pus ; en pressant sur l'autre avec le doigt, je pus vider complètement la première. Il sortit en même temps de la poche une petite quantité de matière caséeuse. A l'aide d'une sonde introduite dans l'incision, je pus constater l'existence d'une perforation de la partie cartilagineuse de la cloison. Cette perforation avait environ un demi pouce de longueur et un quart de largeur. Une seconde incision fut faite sur l'abcès qui n'avait pas été ouvert et le malade guérit en conservant une perforation qui ne se cicatrisa qu'après plusieurs mois.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hédon)

Jeune fille de 15 ans. se présente à la consultation dans les premiers jours de juillet 1906, pour une gêne de la respiration nasale due à un gonflement qui s'est développé en quelques jours. On constate à l'examen rhinoscopique une tumeur de la cloison arrondie, faisant surtout saillie dans la fosse nasale gauche et repoussant fortement de ce côté l'aile

du nez. (L'obstrution nasale est complète, la respiration abolie de ce côté). La tumeur est moins saillante à droite et laisse encore passage à l'air.

Cette tumeur est rouge à sa surface, mais sans altération de la muqueuse ni ulcération; fluctuante : en pressant sur elle avec un doigt enfoncé dans la narine, on fait augmenter la tumeur à droite, où l'on perçoit une fluctuation nette.

Une ponction à la seringue de Pravaz ramène un pus en partie épais, d'aspect phlegmoneux, en partie séreux. On est donc en présence d'un abcès.

On l'incise largement, au bistouri, par la narine gauche : il sort un pus abondant, en partie phlegmoneux, en partie séreux et mal lié. La poche s'affaisse et se vide complètement. En explorant au stylet, on reconnaît alors que la cloison cartilagineuse porte une large perforation et que la muqueuse de la cloison est décollée du côté gauche jusqu'au bord postérieur de la cloison osseuse et vers la lame criblée. Le décollement est moins étendu à droite.

Le stylet ne rencontre pas de parties rugueuses, la cavité paraît lisse.

On lave la poche au sublimé à un millième et on introduit une mèche de gaze par l'orifice, pour le maintenir béant. Le médecin traitant répéta soigneusement ce lavage chaque jour, avec la même solution.

Huit jours plus tard, en examinant la malade, on constate que la poche est moins spacieuse, la paroi paraissant s'être soudée à la cloison à la périphérie du décollement primitif. Mais la cavité est encore trop grande. Il n'y a pas de déformation du nez, malgré la large perte de substance du septum cartilagineux.

La malade n'est pas revenue depuis, ce qui laisse supposer que la guérison s'est effectuée.

Comme étiologie rien de net. La tumeur, au dire de la malade, aurait évolué en quelques jours (ayant débuté, d'après elle, sous forme d'un bouton dans le nez). On sait comment la gène respiratoire devint vite considérable. Il ne paraît pas avoir existé de fièvre.

Il n'y a eu aucun traumatisme, aucune association accidentelle de la muqueuse (l'épithélium était intact à la surface de la tumeur). Pas de maladie générale infectieuse comme antécédents.

B). Abcès chronique – Abcès froid

Sous le titre d'abcès chronique, d'abcès froid, nous comprendrons les lésions limitées, s'accompagnant de suppuration, de la tuberculose (abcès froid proprement dit) et de la syphilis. Leur description d'ensemble est assez difficile à donner.

1° En fait de *tuberculose* on rencontre des foyers d'osteïte, des gommes suppurées et surtout des productions polypoïdes en forme de champignons qui envahissent et obstruent les deux fosses nasales. A leur périphérie on retrouve les granulations jaunes caractéristiques.

Cette dernière forme se termine par un ulcère qui perfore la cloison (ulcère atone) tenace, parfois envahissant. Si la phase de bourgeonnement de la muqueuse a passé inaperçu, nul doute qu'on ne croie se trouver en présence d'un ulcère perforant vrai, celui de Hajeck.

2° La *syphilis* détermine également un certain nombre de lésions suppurées de la cloison. Le chancre s'y observe,

se comportant comme un véritable abcès, parfois même comme un véritable ulcère perforant.

La syphilis secondaire ne paraît pas donner naissance à des abcès du nez.

Par contre, la syphilis tertiaire donne souvent lieu à des ostéites et des abcès de la cloison, manifestations si nombreuses qu'elles ont fait dire à Fournier que la « syphilis se plaît dans les fosses nasales. »

Ces lésions présentent les caractères habituels de la syphilis et le diagnostic en est généralement assez simple.

C) Autres variétés d'abcès de la cloison

Nous pouvons mettre à part certaines variétés d'abcès de la cloison, à cause de leur siège ou de leur origine.

1° Abcès de siège anormal. — L'abcès, suivant la direction, la violence du traumatisme, peut siéger en haut (type supérieur), près de la lame criblée, ou tout à fait en arrière sur le vomer (type postérieur).

2° Abcès immigrés sur la cloison.

a) *Abcès d'origine dentaire.* — Dans quelques cas, la carie d'une incisive donne lieu à un abcès qui gagne la cloison, soit en remontant par le canal palatin intérieur, l'abcès ayant gagné le rebord postérieur alvéolaire, vers le plafond de la bouche; soit en fusant en avant vers la gencive, sous le sillon naso-labial.

Observation VI

(Cas rapporté par Killiau)

Un malade (sans antécédents syphilitiques ou autres) est pris de douleurs au niveau de la deuxième incisive supérieure gauche. Deux jours après, il souffre du côté du nez : obstruction, douleur, léger écoulement. Il y a de la fièvre. Le malade est examiné : on trouve un gonflement de la muqueuse nasale à gauche et à droite, remontant très haut. L'orifice de sortie du pus était visible. On incise après écartement de l'orifice nasal au speculum, le pus jaillit. L'abcès est sondé au stylet, on reconnaît que la cavité s'étend en haut jusqu'à la lame criblée, en arrière jusqu'aux choanes.

On lave à l'acètate d'alumine.

Trois jours après, la collection se reforme ; on prolonge l'incision jusqu'au bord postérieur de la cloison.

A la rhinoscopie postérieure, la muqueuse était tellement épaissie qu'elle obstruait l'orifice pharyngien du nez.

La plaie guérit après l'agrandissement de la première incision.

Les douleurs ayant persisté au niveau de la dent, on en conseille l'extraction.

Six mois après, le malade revient, raconte que les douleurs ont reparu, et alors seulement il se décide à se faire arracher la dent malade. L'extraction fut suivie d'un écoulement de pus. En suivant l'alvéole, on constate l'existence d'une poche remontant jusqu'au plancher nasal, à sa partie antérieure. D'autre part, un clapier fusait sous la gencive et remontait rejoindre le premier abcès, à la partie inférieure de la cloison.

C'est un cas typique d'abcès propagé sur la cloison. Il y avait désaccord apparent entre le volume de l'abcès nasal et la douleur ressentie par le malade au niveau de sa dent. Si l'extraction n'avait fait constater l'existence d'un kyste dentaire, le trajet suppuré, sa communication avec l'abcès nasal, il eut été difficile de rapporter ce dernier à sa véritable cause.

b) *Abcès d'origine sphénoïdale.* — Une carie, une sinusité sphénoïdale peuvent se faire jour sur la cloison.

Quénu en a rapporté un cas très curieux à la Société de Chirurgie.

Observation VII

Jeune garçon, 18 ans, atteint depuis longtemps d'altération osseuse du sphénoïde. Un abcès vint s'ouvrir en suivant la cloison au milieu du lobule. Deux tentatives d'opération sans résultat. Une intervention large est décidée : incision de l'aile jusqu'à la cloison, incision de la pituitaire. Guidé par le stylet, le doigt arrive à travers l'orifice fistulaire jusqu'à la lésion : carie occupant la paroi interne du sinus sphénoïdal.

Extraction de débris osseux, curettage, drainage ; l'orifice du lobule est gratté, cautérisé. La guérison survint après un écoulement qui dura quelques jours.

CHAPITRE III

ABCÈS DU PLANCHER

Anatomie de la région. — La paroi inférieure ou plancher des fosses nasales est une paroi presque plane, un peu concave dans le sens transversal et inclinée légèrement d'avant en arrière.

Elle est constituée par deux os : le palatin en arrière (sa portion horizontale), le maxillaire supérieur en avant (apophyse palatine du maxillaire supérieur), séparés par une suture transversale. Un conduit, le conduit palatin antérieur, est situé à sa partie antérieure : ce conduit se réunit avec un conduit analogue situé dans l'autre fosse nasale pour former un canal unique en V ou en Y, débouchant par un orifice unique sur la voûte palatine.

La pituitaire revêt régulièrement ce squelette osseux, en formant un petit cul-de-sac au niveau du canal palatin antérieur.

Au niveau du plancher on n'observe que très rarement des abcès. Parmi ceux qu'on y a rencontrés, les uns sont d'ori-

gine dentaire, les autres sont des productions suppurées de nature syphilitique.

a) Abcès d'origine dentaire. — Le voisinage du cul-de-sac alvéolaire, près du plancher des fosses nasales, explique la migration d'abcès dentaires en ce point. Ce fait sera d'autant plus facile à comprendre que, dans certains cas, par une disposition congénitale ou acquise, la migration des dents, ces dernières arrivent au contact du plancher nasal et parfois émergent sur lui.

Mais même dans les cas d'implantation normale des dents sur le maxillaire, la propagation d'un abcès dentaire sur la paroi inférieure des fosses nasales peut s'expliquer. Les germes infectieux agissent de deux façons : ou bien ils infectent l'os : ostéite alvéolaire dont le foyer se propage d'une face à l'autre de l'os, dans toute son épaisseur ; ou bien il y a simplement diffusion, migration microbienne à travers les canaux de Havers jusque sous la muqueuse nasale.

D'autre part, d'après la disposition anatomique des dents, il est évident que cet abcès ne s'observera que sur les incisives ou la canine latérale.

En présence d'une saillie fluctuante du plancher nasal, le diagnostic d'abcès étant posé, il faudra vérifier s'il n'est point d'origine dentaire ; une injection d'eau oxygénée faite dans la tumeur démontrera ce fait, par l'apparition de bulles au niveau d'une dent cariée.

En voici deux cas :

Observation VIII

Le premier est rapporté par le Dr Toubert, dans une étude

sur « Quelques variétés d'abcès d'origine dentaire ». Il résume ainsi le cas qui nous intéresse et qu'il appelle *abcès type alvéolo-nasal*, par opposition à d'autres : *types palatin*, etc.

« Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Chavasse, un malade qui présentait une tuméfaction gengivale circonscrite au niveau d'une incisive cariée et en même temps une saillie acuminée du plancher du vestibule narinal, d'aspect furonculeux : les deux lésions guérirent rapidement à la suite de l'évacuation du pus par le nez. »

Observation IX

(Autre cas rapporté par Mendel)

Un malade soumis à notre examen a présenté un gonflement de la partie antérieure gauche du plancher des fosses nasales avec écoulement de pus fétide ; il éprouve en même temps de la douleur nasale et orbitaire.

Le diagnostic de sinusite maxillaire étant éliminé par l'éclairage du sinus, nous incisons l'abcès. En le sondant, nous pénétrons dans un trajet descendant vers les incisives (l'une d'elles était cariée à sa base), ce qui nous démontrait la cause de cet abcès : c'était un abcès d'origine dentaire, tel qu'on en observe parfois.

b) Syphilis. — La syphilis atteint fréquemment le plancher nasal. Nous ne voulons pas faire l'étude de la syphilis de cette région mais indiquer en deux mots les lésions que cette infection détermine à ce niveau à sa troisième période.

On sait (Fournier, Duplay, Dieulafoy) que l'étape nasale a toujours précédé l'étape buccale dans la syphilis de la voûte palatine. Si elle débute par des ulcérations, des ostéites, elle peut aussi se manifester par des abcès qui se forment insidieusement; analogues à ceux qu'on observe à la période terminale sur la face inférieure du plancher nasal.

Comme caractéristique : une fois ouvert spontanément ou par le médecin, ces abcès ne tarissent pas; le stylet conduit sur un os dénudé; peu à peu des séquestres sont éliminés par les narines.

A sa seconde phase, l'abcès évolue vers la bouche; une nouvelle élimination de séquestres se produit et la perforation de la voûte du palais est constituée.

Les anamnestiques, l'existence des lésions concomitantes font le diagnostic.

D'ailleurs, à défaut d'autre cause, là, plus qu'ailleurs, il faudra songer à la syphilis.

c) ABCÈS PAR INFECTION BANALE DIRECTE. — A côté de l'abcès dentaire (propagé) et de l'abcès syphilitique, il peut se faire un *abcès par infection banale directe.*

Lacoarret rapporte un cas où un abcès récidivant du plancher ne put être rapporté à d'autre cause qu'à un grattage fait par les doigts du malade, comme en témoignait l'élargissement de la narine gauche.

Signalons comme cas très rare d'abcès de cette région, des abcès par nécrose tuberculeuse de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur (Boudet, de Limoges, en a rapporté un cas très intéréssant).

CHAPITRE IV

ABCÈS DES PAROIS LATÉRALES

Anatomie. — La paroi externe des fosses nasales est la plus compliquée de toutes ; les cornets qui s'implantent sur elle et ses rapports avec les sinus frontaux, maxillaires et ethmoïdaux sont les principales raisons de cette complexité. Oblique en bas et en dehors, elle est aussi fortement concave.

Dans son tiers antérieur, en avant de l'insertion des cornets, elle est plane et se présente à nous comme une surface unie que les anciens auteurs désignaient sous les noms d'ager et de carina. En arrière, elle est séparée du pharynx par le sillon nasal postérieur.

Entre l'ager et ce dernier sillon se trouve un espace qui est occupé par les cornets et qui circonscrit, avec ces derniers, une série de gouttières ouvertes en bas et en dedans : ce sont les méats. Il y a trois cornets et trois méats. On distingue chacun d'eux en supérieur, moyen et inférieur.

Le cornet supérieur est le plus petit, le cornet inférieur est

au contraire le plus grand. Tous les cornets offrent à considérer une face interne ou septale, une face externe qui regarde le meat correspondant, un bord supérieur adhérent, un bord inférieur libre, une extrémité antérieure ou tête et une extrémité postérieure ou queue.

Le méat inférieur ne nous offre comme particularité digne de remarque que l'ouverture inférieure du canal lacrymal qui se trouve située au niveau du bord supérieur, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs.

Le meat supérieur nous présente les ouvertures des cellules ethmoïdales postérieurs, ouvertures en général au nombre de trois, une supérieure une antérieure et une postérieure.

Le meat moyen est le plus accidenté ; il peut se diviser en deux parties, une antérieure riche en accidents et une autre postérieure qui est au contraire d'une grande simplicité de constitution. Dans la partie antérieure, nous trouvons tout d'abord une saillie due à l'apophyse unciforme de l'ethmoïde, puis une gouttière dont la saillie précédente forme la lèvre antérieure et qui a pour lèvre postérieure, le soulèvement formé par la bulle ethmoïdale. Cette gouttière, dite infundibulaire, se transforme en canal à sa partie supérieure et donne ainsi accès dans le sinus frontal ; elle s'élargit à sa partie inférieure et c'est dans l'espace constitué par cet élargissement que vient s'ouvrir le sinus maxillaire.

En arrière et au-dessus de cette gouttière infundibulaire, on trouve la bulle ethmoïdale qui, tantôt bulleuse et hémisphérique, se trouve parfois réduite à un simple bourrelet. Plus en haut encore et plus en arrière, se trouve entre la bulle et la ligne d'implantation du cornet moyen un sillon désigné par Mouret sous le nom de gouttière rétro-bulbaire dans laquelle s'ouvre la cavité de la bulle.

A) Paroi latérale proprement dite

Quelques cas d'empyème ethmoidal limité

A la suite de coryza, de maladie infectieuse, les cellules ethmoïdales s'enflamment et suppurent. On dit qu'il y a sinusite. On entend par ce mot l'inflammation des cellules, difficile à guérir, tenace, rebelle au traitement (même à des évidements larges du massif ethmoïdal et un drainage soigné, laissant après elle des bourgeonnements polypoïdes, en un mot présentant une réelle gravité. Cette gravité est d'autant plus grande qu'il y a souvent sinusites frontales ou ethmoïdales concomitantes).

Or, on a observé des cas où il y avait bien infection et suppuration de cellules ethmoïdales, mais cet empyème était limité, isolé, s'ouvrant de lui-même à l'intérieur du nez ou à l'extérieur, guérissant rapidement après cette ouverture sans laisser cette suppuration interminable qui suit l'ouverture d'une véritable sinusite ; en un mot, dans ces cas, on se trouvait en présence de suppuration bien collectée, à évolution rapide et bénigne, tous caractères d'un simple abcès.

Nous allons en rapporter un cas observé par M. le professeur Hédon.

Observation X

(Cas observé par M. le professeur Hédon)

Jeune fille de 18 ans, atteinte de rhinite atrophique depuis

plusieurs années. A déjà consulté un spécialiste pour cette affection, et suit scrupuleusement les règles d'hygiène nasale qui lui ont été ordonnées.

Quand la malade se présente à notre examen pour la première fois, ce n'est point pour nous consulter au sujet de cette maladie nasale, sur la nature de laquelle ses parents et elle-même sont parfaitement fixés. Mais depuis quelques jours est apparue, à l'angle interne de l'orbite droit, une tuméfaction de la grosseur d'un haricot, bien limitée, peu douloureuse, et qui, de temps à autre, s'efface presque complètement pour se reformer peu après. En pressant sur la tumeur avec un doigt, la malade peut parfois la faire disparaître, et elle s'aperçoit alors qu'il s'écoule du pus par le nez.

A l'examen rhinoscopique, on constate que la saillie des cornets inférieurs est presque totalement effacée, et que les fosses nasales sont très spacieuses. Mais la muqueuse nasale est propre, sans croûtes et n'exhale aucune odeur, grâce aux lavages quotidiens.

La tumeur de l'angle interne de l'orbite est très superficielle et recouverte d'une peau violacée ; celle-ci porte la trace d'un coup de lancette, donné quelques jours auparavant (incision qui a donné issue à du pus mais qui n'a pas empêché la collection de se reproduire). Cette tumeur, par son siège, son aspect, ressemble beaucoup à une dacryocystite. Aussi a-t-elle été considérée comme telle par plusieurs praticiens qui ont vu la malade avant nous.

M. le professeur Hédon commente ce cas de la façon suivante :

« En somme, nous nous trouvons en présence d'un cas d'éthmoïdite bien circonscrite ; il y a bien eu empyème de cellules ethmoïdales antérieures avec effraction de l'unguis, mais par la localisation et la limitation étroite de la suppuration, par la simplicité avec laquelle la guérison s'est produite

à la suite d'une incision de la muqueuse nasale, cette ethmoïdite se présentait cliniquement comme un simple abcès en bissac, dont les deux poches orbitaire et nasale communiquaient par la perforation de l'unguis ».

Notre propre impression est aussi qu'il s'agit vraisemblablement d'une dacryocystite. Toutefois, dans le doute, nous adressons la malade à un ophtalmologiste. Celui-ci, après un examen attentif et cathétérisme des voies lacrymales, affirme que la tumeur est développée en dehors du sac lacrymal.

On pratique alors un nouvel examen des fosses nasales et on s'aperçoit que le pus apparaît à la partie antérieure du méat moyen, quand on comprime la tumeur orbitaire; dès lors, le diagnostic d'ethmoïdite antérieure s'impose.

Quelques jours plus tard, la malade se présente de nouveau à notre examen. La tumeur de l'angle interne de l'orbite est très distendue, mais n'a pas augmenté de volume. La malade éprouve une sensation de tension dans cette région, mais peu de douleur. Par la rhinoscopie antérieure, on aperçoit une tuméfaction arrondie de la muqueuse nasale, occupant la partie antérieure du méat moyen et la tête du cornet moyen. Cette tuméfaction, du volume d'un gros pois, est dépressible sous le stylet. On y enfonce une pointe de galvano-cautère par l'ouverture ainsi faite, il s'écoule une goutte de pus. On incise alors largement au galvano-cautère, et il s'écoule 3 à 4 cmc. de pus; en même temps, la tumeur orbitaire s'efface complètement.

A la suite de cette incision intra-nasale, la guérison se produit sans aucun pansement ultérieur, ni drainage. En effet, la tumeur orbitaire ne se reproduit pas et tout écoulement de pus par le nez cesse complètement.

Actuellement, la malade est opérée depuis huit ans et a été revue chaque année une fois. La guérison se maintient et il n'y a aucun symptôme d'ethmoïdite.

Dans tous les cas, abcès muqueux ou phlegmoneux, l'ouverture se fait le plus souvent en arrière par l'orifice naturel, quelquefois par éclatement. Mais la guérison est assez rapide.

Nous avons trouvé quelques cas analogues au précédent. Dans plusieurs il y avait extension du foyer suppuré vers l'orbite, avec ouverture au-dessous de la paupière inférieure ; d'autres évoluaient uniquement vers la fosse nasale, mais tous guérirent après une simple ouverture.

D) Cornet moyen et méat moyen

Ethmoïdite bullaire suppurée. — Bullite

La bulle, comme toutes les cavités annexes des fosses nasales, s'infecte, se remplit de pus. On peut presque dire qu'il y a sinusite, empyème d'une cellule sinusienne aberrante. Mais étant donné qu'elle peut s'infecter indépendamment des cellules ethmoïdales voisines, étant donné d'autre part sa situation intra-nasale, la suppuration de la bulle rentre dans le cadre de nos abcès des fosses nasales.

Quelquefois il y a simplement mucocèle, c'est-à-dire engorgement muqueux de la cavité avec obstruction de l'orifice, douleur et tuméfaction.

CORNET MOYEN BULLEUX SUPPURÉ. — HYPERTROPHIE BULLEUSE SUPPURÉE

Nous considérons certaines suppurations du cornet moyen comme abcès du nez, pour les mêmes raisons que précédemment (suppuration collectée, relativement bénigne, occupant l'intérieur des fosses nasales).

a) *Le cornet moyen est bulleux et suppuré.* — Sur le squelette à l'état sec, le cornet moyen est formé par une lame osseuse pleine, repliée sur elle-même. Or, sur un certain nombre de sujets, à l'état physiologique le cornet se clive en deux lames papyracées circonscrivant une cavité bullaire ; il est soufflé, bulleux (fausse bulle).

Zukerkandl, dans ses nombreux examens de fosses nasales, a rencontré quelquefois cette disposition.

Il y a là une véritable cellule, de dimensions variables, petite le plus souvent, en tout cas de siège particulier. Elle est en tous points l'analogue des cellules creusées dans le massif de l'ethmoïde ou du sphénoïde, tant anatomiquement que pathologiquement.

Sa muqueuse s'infecte à la suite de rhinite aiguë, sa cavité se remplit de pus. Les parois de la bulle deviennent celles d'un véritable abcès, abcès en quelque sorte appendu dans les fosses nasales.

b) Autre fait : *le cornet moyen s'hypertrophie pathologiquement et suppure.* — Nous nous trouvons en présence d'un cornet moyen congénitalement bien formé, il devient cependant le siège d'une hypertrophie.

Une infection de nature variable se produit à son intérieur : os et muqueuse sont infectés, le diploë osseux s'excave, les

tables de l'os s'écartent, la muqueuse suppure. Un abcès s'est développé dans une cavité un peu artificielle, aux parois irrégulières.

Dans les deux cas précédents les symptômes sont les mêmes, l'évolution identique : obstruction nasale, douleurs fronto-orbitaires à peu près continues, parfois troubles réflexes à distance, tels sont les symptômes ressentis par le malade.

A la rhinoscopie antérieure, on aperçoit facilement la tumeur et le diagnostic est complété au moyen du stylet et par la ponction. Quelquefois, cependant, la tumeur est masquée par des polypes, surtout s'il y avait une suppuration ancienne.

Une bulle volumineuse ne sera pas toujours une bulle abcédée ; il faut savoir : 1° que la transformation polypeuse de la cavité elle-même est possible ; 2° qu'il peut y avoir rétention de secrétions (qui dilatent la cavité, d'où ses dimensions plus ou moins grandes, son accroissement plus ou moins rapide, et se faire des incrustations salines sur ses parois. Mais en aucun cas la bulle du cornet ne s'accroîtra aussi rapidement et en d'aussi grandes dimensions, avec une symptomatologie aussi nette que dans l'empyème.

Le traitemement est simple : évacuer le pus. Ici, vu la situation de l'abcès pendant dans les fosses nasales, on l'enlève en bloc en décapitant à l'anse froide ou à la pince coupante la partie tuméfiée du cornet.

Cette opération est douloureuse malgré la cocaïnisation, et donne parfois lieu à une hémorragie abondante.

C) Méat inférieur

Abcès par corps étrangers

C'est principalement chez les enfants qu'on observe les corps étrangers des fosses nasales ; le plus souvent, boutons de chaussures, haricots, menus objets solides avec lesquels l'enfant s'amuse.

Nous ne retiendrons de leur histoire clinique que ce qui nous intéresse : la formation d'abcès. Ces corps se logent ordinairement dans le méat inférieur, s'y enclavent contre la paroi externe. Sous la pression du corps étranger, la muqueuse s'irrite peu à peu par contact, elle devient turgescente. Au bout d'un temps plus ou moins long (des malades ont conservé sans inconvénient des corps étrangers dans leurs fosses nasales pendant des années), le corps étranger est en quelque sorte englobé dans deux replis de muqueuse.

Des sécrétions, muqueuses d'abord, puis purulentes se font. Au lieu d'être diffuses comme cela s'observe assez souvent, elles peuvent rester accumulées entre le corps étranger et la paroi externe et y former un véritable abcès.

Le malade vient consulter pour de l'obstruction du nez dont il ne s'explique pas la cause ayant oublié qu'il a introduit, il y a quelque temps, un corps quelconque dans son nez. On examine. Dans le méat moyen, on voit un gonflement rougeâtre, fluctuant. Il s'agit bien d'un abcès ; on l'incise et on sonde pour explorer l'étendue de la poche ; on reconnaît la présence d'un corps dur qui explique la cause de l'abcès,

Quelques fois l'abcès s'ouvre spontanément, guérit, se reforme, mais rarement le corps étranger sort de lui-même.

C'est là encore une forme d'abcès des fosses nasales.

Abcès par injection de paraffine

Comme la précédente, c'est une forme étiologique et encore un abcès par corps étranger. L'abcès par injection de paraffine ne diffère en rien des autres ; seules les circonstances dans lesquelles il se produit sont intéressantes.

Dans le nez, comme en quelques autres régions du corps, on fait des injections de paraffine. Ici c'est pour refaire un cornet atrophié, rétrécir les fosses nasales dans une rhinite atrophique ozéneuse.

Botey, de Barcelone ; Brokaert, d'Anvers ; Méhu, à Paris, en ont fait un certain nombre.

Botey, qui en a perfectionné l'instrumentation, a communiqué tout dernièrement sa statistique ; il a pratiqué les siennes sur la cloison.

Ces injections ont parfois été suivies d'abcès. Nous signalons l'abcès par injection de paraffine avec ceux de la paroi externe, parce que c'est le siège principal (méat inférieur, cornet moyen)) de leur application.

Comme accidents ou complications, après les brûlures de la muqueuse par paraffine trop chaude, la déchirure de la muqueuse en mauvais état ou soumise à une trop grande distension, et quelque cas de trombo-phlébite, Botey signale la formation d'abcès.

Il en a observé 12 cas sur 360 injections. Comme cause : l'abcès est rarement dû à une insuffisance d'asepsie de la paraffine injectée ; il y a le plus souvent infection secondaire de la poche.

Comme nature : l'abcès fut tantôt phlegmoneux, (et dans ses injections sur la cloison laissa à sa suite la déformation habituelle du nez en coup de hache), tantôt séreux ; ce fut le cas le plus fréquent, et alors le nez ne subissait aucune déformation.

Dans l'ensemble de la statistique, l'abcès s'est produit plus souvent sur la cloison que sur la paroi externe. Ce fait peut s'expliquer par les raisons suivantes : la muqueuse y est plus mince, plus friable, moins bien nourrie, plus difficilement clivable.

Dans certains cas, s'il ne se fait point d'abcès, il y a cependant sphacèle de la muqueuse à la surface de la poche injectée et élimination de la paraffine. L'injection a échoué, il faut la recommencer.

L'injection de paraffine faisant des abcès au niveau du nez se comporte en somme comme en toute autre région, au niveau du sein par exemple, où, employée pour reconstituer plastiquement cet organe, elle a déterminé de volumineux abcès.

CHAPITRE IV

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES ABCÈS DES FOSSES NASALES

Nous avons étudié chacune des différentes formes d'abcès des fosses nasales suivant leur siège, parce que ces abcès ont une origine étiologique bien distincte et que, examinés par les moyens d'exploration habituels, ils présentent un aspect assez différent. Mais il est nécessaire que nous en donnions maintenant une étude d'ensemble, car par leurs symptômes subjectifs ils se ressemblent beaucoup.

Leurs principaux symptômes sont en effet la gêne respiratoire, uni ou bilatérale, et les signes d'obstruction nasale plus ou moins complète : ces phénomènes s'étant développés le plus souvent d'une façon lente, parfois à la suite et comme séquelles d'une affection rhino-pharyngo aiguë.

Dans certains cas, quelques phénomènes douloureux viendront compliquer ces symptômes, mais assez rarement ils atteindront une violence considérable.

L'affection évolue d'habitude sans fièvre et sans phénomènes généraux d'aucune sorte. Une fois l'abcès formé et formant saillie dans la cavité, il s'ouvre dans cette dernière,

mais n'entraîne pas généralement une suppuration de longue durée.

En même temps que ces abcès des fosses nasales peuvent évoluer d'autres affections nasales ou paranasales concomitantes, telles que sinusité frontale, sphinoïdale ou maxillaire, qui masqueront alors l'abcès lui-même, ou bien ces abcès peuvent se compliquer de ces affections.

Il faut différencier ces abcès d'avec les polypes, les hypertrophies des cornets ou de la muqueuse, la déviation de la cloison, le carcinome des fosses nasales, ce qui sera parfois difficile ; quant au diagnostic, avec les sinusités et les ethmoïdites, il sera plus aisé.

Leur traitement comporte l'intervention chirurgicale aussi rapide que possible, au moyen du bistouri ou plutôt du galvano-cautère, et le traitement des lésions concomitantes : résection par exemple des cornets hypertrophiés.

CONCLUSIONS

Les *abcès du nez* sont des abcès assez banaux, dus à l'infection de la peau ou des os de la région; ils n'ont pas de caractéristique propre.

Les *abcès des fosses nasales* sont caractérisés par des phénomènes d'obstruction nasale généralement unilatérale; malgré beaucoup de caractères communs, certains ont des particularités qui permettent de les étudier séparément. Tels sont :

1° Les *abcès de la cloison,* déjà bien connus, parmi lesquels nous signalerons toutefois une variété rare : les abcès propagés;

2° Les *abcès du plancher*, curieux à connaître par leur origine, provenant assez souvent d'une carie dentaire, mais plus souvent encore de la syphilis, dont c'est le lieu d'élection;

3° Les *abcès de la paroi externe* : ethmoïdites bénignes et circonscrites, empyème de la bulle, cornet moyen bulleux et suppuré, de formes plus nombreuses, originaux par leur mode de formation, le siège qu'ils occupent et leur évolution.

BIBLIOGRAPHIE

Casabianca. — Affections de la cloison nasale. Thèse Paris, 1876.
Waleski.— Abcès de la cloison. Thèse Bordeaux, 1894.
Pinget.— Etude des divers moyens de défense des fosses nasales contre l'infection microbienne. Thèse Nancy, 1898.
Waptzarof. — Abcès cloison, hypertrophie de la muqueuse nasale. Bordeaux, Nancy, 1898.
Revues d'oto-rhino-laryngologie :
Revue de Moure. — Années 1890-1906.
Annales de Lermoyez.
Bulletin de Castex.
Archives internationales d'O.-R.-L.
Morel-Makenzie.— Maladies du nez.
Ménier.— Maladies du nez, 1907.
Castex.— Précis d'oto-rhino-laryngologie.
Zukerkandl — Anatomie des fosses nasales.
Poirier. — Traité d'anatomie.
Testut. — Traité d'anatomie.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 janvier 1907.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 janvier 1907.
Pour le Recteur,
Le Vice-président du Conseil de l'Université
VIGIÉ

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !